

また、これだけの人数を全国で毎日7～8チームも新規に投入し続けるとすると、これを非常勤やボランティアで賄うことは考えられない。

常勤とすべきと考えるが、如何か。

また、非常勤としたことによって、新規に生じる事業であるにも拘わらず、新たに生じる医療者等の必要数が検討されていない。非常勤であったとしても、これだけの事務量となるとその必要人員確保は、それだけでなく人手不足の法医学教室、病理学教室、医療現場にとって極めて重い負担となる。専門職の養成数増加などもきちんと検討する必要があると考えるが、如何か。

法律家となるとその多くは弁護士であるが、人員確保の検討が為された形跡がない。その費用支払いも含めて明記されるべきと考えるが、如何か。

法律家については利益排反やインセンティブについての検討についての記載がない。中立性・独立性と公平性の確保のため、明記されるべきと考えるが、如何か。

さらに言えば、数少ない解剖担当医をその都度に依頼することには何の必然性もない。行政解剖の一部として位置付け、監察医制度のない地域においても行政解剖を行う根拠とするか、あるいは解剖関係法令を整理して一括し、その中で独立した解剖専門組織を設置して、ここが全てを担うとしては如何か。

(11)については、(9)についてでも言及したが、地域ブロックごとに分置されることのメリットはないと考える。むしろ、中立性・独立性や透明性確保のために有害であり、専門性確保の上で却って不利となる。肝心の事故分析が機能しない。

むしろ専門分野ごとに合同して、調査の進展について調査チームに助言した上で、最終的に報告書案を authorize した方が好ましいと考えるが、如何か。

(12)については、人事権、予算等についての言及がない。中立性・独立性の担保が為されるとは思われない。明記すべきと考えるが、如何か。関係行政機関等への勧告・建議等の権限とあるが、厚生労働省内の一部門が省内他部門や他の省庁に対して何を言っても無視されるだけであろう。今回の警察庁、法務省の対応で十分に経験済みであろうし、効果が期待できないと考えるが、如何か。この件についてだけでも、厚労省内の設置には無理があると考えますが、如何か。

(13)について、文面はともかく、別紙2では中央に設置する委員会に、学会、有識者、病院団体、医師会等、法曹界のいずれからも矢印が伸びていない。これはすなわち、その構成はこれらによらないで厚生労働省などがいわば勝手に任命すると言うことであると理解されるが、如何か。

また、有識者（医療を受ける立場を代表する者等）とされているが、その代表性は誰が検討し、誰が担保するのかが分明でない。

医療訴訟に現に従事している者はもちろん、過去に従事していた者等が中立的な判断が可能であるとは思われないが、他方、これらを排除することが技術的に可能であるとも思われない。感情的な発言や根拠のない疑念で調査が停滞し、議論が空転し、あるいは報告書に歪みが生じることが予想されるが、如何か。

透明性の確保ということであれば、それは調査報告書が速やかに公開されることと、会議録などの諸記録の長期保存と十分な期間を置いた上での公開によって事後的に確保されうると考えるが、如何か。

どうしても有識者の参加が必要ということであれば、一定の範囲で組織統治に参画するに止めるのが適当と考えるが、如何か。

（14）については、（9）でも述べたとおり、乏しい人材プールを考えると、関係者たる専門分野の医療従事者を地方委員会から排除することは困難である。地方に分置するかどうかよりも、専門分野単位で十分な多様性を確保することを重視すべきと考えるが、如何か。

容易に不正がなし得る状況であれば、不正を為していないことを証明し、信頼されることは甚だ困難である。中立性と高い倫理観を求めるのであれば、それが疑われない状況を作ることにも必要であると考えますが、如何か。疑わしい状況を意図的に創り出そうとしているとの疑いすら感じるが、如何か。

（15）で言及される事務局とは、何か。その機能、人員について検討するためには予め明確にされるべきと考えるが、如何か。調査チームとの分掌はどうなっているのか。実際の人事権を掌握し、予算策定を行うのがその事務局の長であるとするならば、この組織の支配者は他ならぬその人物であろう。権限と責任の分離は組織の健全性を損なう。如何か。

【医療死亡事故の届出】の項

（17）について、（16）では、その届出の目的を医療死亡事故の再発防止と透明性の確保としているにも拘わらず、死亡事例の中からさらに選別を行うとしている。

いったい、意図的にバイアスを生じさせた群を検討して、何を言いうるのかわからないが、如何か。

単に委員会が直接に調査を行うのか、医療機関の院内あるいは外部委員会が行った調査結果を報告させるのかの別を記せば足りると考えるが、如何か。

そうしてはじめて、直接に調査に従事しない中央に設置する委員会の検討に意味が生じてくると考えるが、如何か。

(18)において、届出先を所管大臣としているが、たとえば厚生労働大臣が届出先となったのでは、中立性・独立性は担保できないと考えるが、如何か。事務を担当する厚生労働省職員自身の手によって、厚生行政の不備や不作為は免責され、医療現場の責任ばかりが強調される結果となることが十分に予想されるが、如何か。

届出先は中央に設置する委員会の長であるべきと考えるが、如何か。その責任は当然に重く、国務大臣に準じた認証官とすべきであると考え、如何か。

(19)において医師法21条改正に言及されているが、刑法211条1項がそのままとされている限り、患者やその家族は犯罪の疑いは依然として残ると考えることもでき、21条改正によって警察への異状死体の届出をしなかった場合も、これは特に公的病院であっては刑事訴訟法239条2項によって故意による犯罪の発生を認めつつ警察に通報しなかった場合と同然であり、実態として効果が期待できないと考えるが、如何か。

(20)であるが、このような届出事例であっても再発防止のための分析が必要であることは論を待たないが、特に「誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例」の認識は困難である。また、しばしば医療機関の判断と患者遺族の判断が異なる場面も見られる。実効性がないと考えるが、如何か。

さらに言えば、このような医療機関にとって認識が容易な事例ばかりを集めた場合、認識が難しい事例は全く検討の対象となることができないが、これでは再発防止に寄与したとしてもその効果はあまり期待できないと考えるが、如何か。

(21)であるが、文面を素直に読めば、医師法21条の異状死体届出義務とは別に、新たに医療法に診療に関連した死亡の届出の義務が管理者に対して課されると考えられるが、それに相違ないか。その場合、公的病院の管理者が届出を怠った場合、死体を検案した医師は医師法21条に基づいて別途に警察に対して届出の義務が生じるものと解釈できるが、それに相違ないか。

(22) であるが、前項に示したように、医療機関の管理者の届出が為されない場合、それは行政処分の対象として考慮されるが刑事罰の課される心配のない一方、死体検案に当たった医師については依然として医師法21条に基づいて刑事告発と加罰の対象となる可能性があると思えることができると考えるが、それに相違ないか。

(23) であるが、遺族による刑事告発が為された場合、医療機関の管理者の届出が為されない場合、それは行政処分の対象として考慮されて刑事罰の課される心配のない一方、死体検案に当たった医師については依然として医師法21条に基づいて刑事告発と加罰の対象となる可能性があると思えることができると考えるが、それに相違ないか。

(24) であるが、人の死はしばしば週日の日中ではなく、夜間や早朝や休日にかかる。日本の多くの地域に於いて、死体は葬礼のために可能な限り早く家族が引き取っていくという風習がしばしば見られる。その場合、早朝や深夜であっても、事務局や調査チームは相談業務に従事することになるが、それに相違ないか。

(25) であるが、死体の検案に当たった医師自身が医療機関の管理者と意見を異にした場合、(22) や (23) で見たように自身が刑事罰の対象になることを知りつつ、届出の機会を失うものと考えられるが、それに相違ないか。また、死体の検案にあたらなかった医師や他の医療従事者はどうか。やはりしばしば刑事訴訟法239条2項に反することとなるが、如何か。

(26) であるが、人の死はしばしばオフィスアワーではなく、夜間や早朝にかかる。日本の多くの地域に於いて、死体は葬礼のために可能な限り早く家族が引き取っていくという風習がしばしば見られる。その場合、早朝や深夜であっても、都道府県等の医療安全支援センターは相談業務に従事することになるが、それに相違ないか。都道府県等との意見の交換は既になされたり、了承が得られたりしたという記載はないが、如何なのか。国民に周知する方法についての記載がないが、誰の責任でどのように行うのか。患者の死亡の度に医師や医療従事者が説明の義務を負わされるのでは、良好なコミュニケーションを大いに阻害することが予想され、無用な検討事例が相当量に発生することが予想されるが、如何か。

(27)であるが、まず、死因の究明が再発予防、すなわち公衆衛生上の必要によって行われるのであれば、遺族の同意は不要と考えるが、如何か。公衆衛生上の必要があるにも拘わらず、強いて遺族の承諾を求める理由はどこにあるのか。説明があつて然るべきと考えるが、如何か。

聞き取り調査は調査チームの事務ではないようであるが、これまで事務局の構成が分明でない。記載の上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

証拠物件の押収が為されるようであるが、警察や検察官との採証権限はどちらが優先されるべきであるのかが分明でない。記載の上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

解剖においては先入観を持ってこれを為すべきではないと考えるが、如何か。

臨床経過を法律家が評価するなら、それは法的な過失責任の判断の見地から為される。法律家でない医療関係者にはその妥当性を評価する能力がないが、調査報告書に記載されることとなっている。これは法律家の意見であつて医療従事者の意見ではない。再発予防や医療安全の確保とも直接の関係を持たない。それでも調査報告書への記載が必要とする根拠はどこにあるのか。根拠を明確に記載した上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

委員会を地方に分置すべき根拠はどこにあるのか。

そもそも、特に急性期医療においては技術の進歩が著しく、職種が異なったり専門とする診療科が異なったりした場合には事案の全体像の把握が容易でない。

専門家による事故調査を謳うからには、初期調査に当たる調査チームのメンバーはともかく、より上位に委員会等を設置するのであればむしろ専門分野ごとの advisory board 等にするべきであると考え、如何か。

調査報告書の公表を行うとした点は高く評価すべきであるが、純粋に医学的見地から為されたものであるか否かについて、記載内容の点で嚴重な隔離が為されるべきであり、法律家の医学的見地を無視した法的な過失責任についての記載が各所に混在されるべきではないと考えるが、如何か。

調査チームや委員会の尋問への回答は強制されないとされているが、いったい、担当者は日本国憲法第38条1項を読んだことがないのか。この國においては、何人も、自己に不利益な供述を強要されないとされているのである。あまりにも不見識であろう。同99条も、読んだことのない人には効果がないのであろう。

また、遺族があまりにも疎かにされている。調査終了前に事情を徴する機会を設けるなどということだけでなく、親しい者の死に直面して混乱し、悲嘆に暮れる家族こそ、最も大切にされるべき存在であると考え、この文言の中ではそのための機能が全く検討されていない。むしろ大きな柱として記載されるべきと考えるが、如何か。

(28)で専門用語についての配慮が求められているが、現場を知らない者の戯言としか思えない。医学・医療での専門用語を収集し、これについて注釈を行うことはしばしばなされており、多くの辞書・事典の類が発行されている。それでも一般の国民が医療の内容を理解するのに困難を覚えるのは、それが長期に亘る専門教育を必要とする知識体系と言語化の困難な暗黙知に基づいているからに他ならない。

一般的に言っても、判る者は、判らない者がなぜ分からないのか、なかなか分からぬものであろう。

その上で考えるに、求められる十分な配慮とは、何か。明記されるべきと考えるが、如何か。

(29)であるが、では、しばしば調査依頼がなされるが本来は調査の対象にならない病態は、延々と繰り返し調査依頼がなされ続けることになるが、それに相違ないか。

(30)でようやく、遺族の感情を受け止める者の育成を図るとされているが、この人員が登場するのは調査のどの段階であるのか。(27)において全く記載がない。明記されるべきと考えるが、如何か。

(31)で医療従事者においては研修が為されるとされているが、法曹や有識者についてはその適格性を評価し、資質を向上させる仕組みが提示されていない。明記されるべきと考えるが、如何か。

【院内事故調査と地方委員会との連携】の項

(32)において、およそ証拠の全てが押収され、関係者が連日身柄を拘束されて聞き取り調査をされているときに、医療機関は一体どうやって独自の調査ができるのか。明記が必要と考えるが、如何か。

また、逆に解剖結果の情報などについては、医療機関と遺族に早期に提供されて然るべきと考えるが、如何か。

(33)において安全管理委員会の業務として再発防止策を要求しているが、必ずしも個別医療機関の努力でどうにでもしようがあるような事例ばかりではない。その場合、医療機関が厚生労働省等に対して行う提案などは、どのような手続きによって実現されるのかが分明でない。明記されるべきと考えるが、如何か。

(34)において、通常であれば時系列上、委員会の調査が終了してから院内（あるいは外部委員会）の調査がなされるが、事後に作成された資料を委員会はどのように審議の材料とするのであるのか。事務の順序について深刻な混乱が見受けられる。もう少しよく考えて整理されては如何か。

(35)においては、やはり委員会と院内事故調査委員会等の時系列についての整理が為されていない。

(36)であるが、解剖結果だけが情報提供されても、やはり院内調査は不可能であろう。医療機関は一体どうやって独自の調査ができるのか。明記が必要と考えるが、如何か。

(37)であるが、医療機関に対する提言といっても、実際には人手不足の環境で実現可能とは思われない。また、厚生労働省の一部局が何を提言しようとも、他部局や他省庁が歯牙にもかけないことは確実である。

設置は厚生労働省に行うべきでないと考えるが、如何か。

(38)では、財団法人日本医療機能評価機構の情報収集等事業の事例分析を委員会が利用できるものとしているが、その匿名性は担保されるのか否かが分明でない。場合によっては死亡事例ではない後遺障害等の事例について、委員会を通じて警察への通報が為される可能性があると考えますがそれに相違ないか。

【捜査機関への通知】の項

(39)では、遺族の刑事告発によって警察が捜査し、検察官が公訴した事例については、それを知っていながら警察に通報しなかった場合、委員会自身が刑事訴訟法239条2項に基づいて刑事告発される可能性があるかと解することができるが、それに相違ないか。

(40)では、改竄・隠蔽は故意による犯罪であって、そもそも通報しないというわけにはいかないであろう。リピーター医師という言葉で「過失による医療事故を繰り返している場合」と定義しているが、しかし、そういう事例こそ教育が必要なのではないかと考えるが、如何か。それを放置しておいて、いきなり警察に通報するというのは、厚生行政の無責任以外の何ものでもないと思うが、如何か。

また、標準的な医療行為の一覧表でも、どこかにあるのか。だれが標準的な医療行為を決定するのか。また、標準的な医療行為は時間と共に変遷していくことは周知の事実であるが、過去のある時点で標準的な治療行為であった医療行為が後日に標準的ではなくなった場合、これもやはり警察に通報されるものであるのか。また、標準的な医療行為についてのコンセンサスが確立されていない分野では、如何なる事が行われてもこれは警察への通報が為されないと解することができるが、それに相違ないか。

地方委員会にも調査チームにも法律家が参加する以上、彼等は医学的判断ではなく法的評価を行う。その調査報告書を医学的判断であるとするのは、強弁であろう。いったい、厚生労働省は法律家に何を求めているのか。明記すべきであると思うが、如何か。

「3 医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の諸手続）について」について

ここで別紙3について触れられているが、これの大半は単なる要望あるいは願望であって、警察庁や法務省の対応は国会に於いて既に述べられている。撤回が必要であろう。

【遺族と医療機関との関係】の項

(41)において委員会による介入が、まさに医療機関や従事者と患者・遺族との関係を悪化させる原因となりうることにあまりにも度外視されている。委員会